



## (第12回研修医症例報告会) 右膝の腫脹を主訴に入院し、関節型若年性特発性関節炎と診断した1歳女児例

著者名	岩本 隼輔, 東 範彦, 星加 将吾, 根木 瑠美子, 安田 祐希, 宮前 多佳子, 杉原 茂孝
雑誌名	東京女子医科大学雑誌
巻	88
号	1
ページ	35-36
発行年	2018-02-25
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10470/00032005">http://hdl.handle.net/10470/00032005</a>

doi: 10.24488/jtwmu.88.1\_30([https://doi.org/10.24488/jtwmu.88.1\\_30](https://doi.org/10.24488/jtwmu.88.1_30))

果、S 状結腸に 1 型病変があり、生検で Group 5 が検出された。胃病変は再度内視鏡検査を施行し、生検も行ったが悪性所見なく胃潰瘍の診断であった。後日、S 状結腸癌に対して S 状結腸切除予定としたが、肺機能が著明に低下していたため、腰椎および硬膜外麻酔での手術方針とし、手術を施行した（手術時間 1 時間 24 分）。術後は麻痺性イレウス、誤嚥性肺炎などを併発したが、徐々に回復し無事退院となった。〔結語〕上部消化管穿孔という疾患に目を奪われ、S 状結腸癌の発見にやや時間がかかってしまった症例を経験した。広い視野であらゆる可能性を考えた診断が必要であると改めて考えさせられた症例であった。

#### 5. 副腎皮質癌と鑑別を要し、胃原発神経鞘腫に類似した組織像を持つ後腹膜神経鞘腫の 1 例

（<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>乳腺・内分泌外科、<sup>3</sup>病理診断科） ○林 怡嫻<sup>1</sup>・羽二生賢人<sup>2</sup>・永井絵林<sup>2</sup>・◎尾身葉子<sup>2</sup>・堀内喜代美<sup>2</sup>・山本智子<sup>3</sup>・岡本高宏<sup>2</sup>

後腹膜腫瘍は比較的稀で、しばしば副腎腫瘍との鑑別を要す。今回我々は、副腎皮質癌との鑑別を要し、胃に発生する神経鞘腫に類似した組織像を呈した後腹膜神経鞘腫を経験したので報告する。症例は 51 歳女性。人間ドックの際に施行した腹部超音波検査で右副腎偶発腫を指摘された。内分泌検査所見上は非機能性腫瘍であった。造影 CT 検査で、右副腎に 5 cm の造影効果を伴う石灰化した円形腫瘍を認めた。MRI 検査では明らかな脂肪成分は含まれなかった。PET-CT 検査で SUV max 8.59 と高値であった。画像所見から副腎皮質癌または神経原性腫瘍が疑われ、診断的治療目的に手術をする方針となった。周囲組織への明らかな浸潤は認めなかったため、腹腔鏡下副腎摘出術を行った。術中所見では、副腎との連続性はないようであったが、悪性の可能性を考慮し、副腎も合併切除した。組織学的には、副腎外病変で、S-100 陽性の紡錘形細胞が錯綜して増殖し、核分像や Ki67 陽性細胞が少数であることから、後腹膜原発神経鞘腫と診断された。原発性後腹膜腫瘍の中で神経鞘腫は 6.9% と稀である。画像所見は副腎癌と似た特徴を有するため鑑別が重要となる。また本症例の病理所見は被膜を持たず、辺縁にリンパ組織を伴い、これは胃に発生する神経鞘腫の特徴であった。

#### 6. 右大腿蜂窩織炎で受診し、詳細な問診から早期診断に至った小児 1 型糖尿病の 1 例

（東医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>小児科） ○高橋佑利<sup>1</sup>・◎星加将吾<sup>2</sup>・安田祐希<sup>2</sup>・松岡尚史<sup>2</sup>・杉原茂孝<sup>2</sup>

症例は 7 歳女児。入院 1 か月前から伝染性膿痂疹を繰り返していた。X-2 日から右大腿後面の疼痛が出現。X-1 日に症状増悪し当院救急外来を紹介受診した。右大腿後

面に約 5 cm 大の紅斑と少量の排膿を認めた。CRP 0.7、WBC 9400 と軽度上昇のみにて抗菌薬を処方され帰宅した。翌日再診時、全身状態は良好であったが、疼痛増悪し蜂窩織炎の診断で入院となった。入院時の問診で、母親より 1 か月程前から児の多飲多尿の出現と父親が 1 型糖尿病であることを聴取した。血糖値 476 mg/dL、ケトン 1.6 mmol/L であり、精査にて HbA1c 13.7 %、アシドーシスはなし、GAD 抗体陽性、C ペプチド 0.4 ng/mL。1 型糖尿病と診断しインスリン療法を開始した。その後 CSII を導入した。蜂窩織炎に関しては切開排膿を行い、培養からは *Staphylococcus aureus* が検出され、CEZ 100 mg/kg/day を約 2 週間投与し軽快した。初発の小児 1 型糖尿病では、診断時に糖尿病性ケトアシドーシス（DKA）を発症している率が高い。発症から診断までの時間が重症化に影響する。非典型的な主訴で受診する場合は診断が遅れる可能性があり、丁寧な問診が重要である。多飲多尿は 90 % 以上、体重減少は 50 % が小児 1 型糖尿病で認められるため問診項目として診断の一助となり得る。今回は詳細な問診から早期診断に至り、DKA 発症前に治療を開始することができた。

#### 7. 右膝の腫脹を主訴に入院し、関節型若年性特発性関節炎と診断した 1 歳女児例

（東医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>小児科、<sup>3</sup>膠原病リウマチ痛風センター）

○岩本隼輔<sup>1</sup>・◎東 範彦<sup>2</sup>・星加将吾<sup>2</sup>・根木瑠美子<sup>2</sup>・安田祐希<sup>2</sup>・宮前多佳子<sup>3</sup>・杉原茂孝<sup>2</sup>

〔緒言〕関節型若年性特発性関節炎（JIA）は、訴えの乏しい年少児では四肢関節の疼痛や腫脹による歩行障害や動作発達の退行が診断の契機となることがある。今回、右膝の腫脹を主訴に関節型 JIA と診断した 1 歳児を経験したため報告する。〔症例〕1 歳 5 か月の女児。1 歳時に歩行開始し、成長発達は年齢相当であった。受診の 2 日前に保育園で跛行を指摘され、近医受診し、右膝関節の腫脹を認めたため当科を紹介受診した。現症：体温 36.5 度、胸腹部に異常認めず、右優位の膝関節腫脹・膝蓋跳動・伸展制限を認めた。皮膚に発疹・紫斑なし。検査所見：WBC 11,900/μl、CRP 1.56 mg/dl、血沈 60 分値 45 mm、FDP 17.4 μg/ml、D-dimer 10.8 μg/ml、膝関節 X 線所見にて異常は認めなかった。入院後経過：安静にて経過観察とした。入院 4 日目になっても膝関節の腫脹は持続しており、関節型 JIA を疑った。リウマトイド因子・抗 CCP 抗体は陰性であったが、MMP-3 が 579.5 ng/ml と高値であった。入院 5 日目に施行した膝関節 MRI で STIR にて膝関節に高信号を認めた。入院 8 日目に膠原病リウマチ痛風センターにて施行した関節エコーにて 5 関節以上に及ぶ滑膜炎所見を認め、リウマトイド陰性多関節型 JIA と診断した。メトトレキサート、プレドニ

ゾロンにて治療を開始した。〔考察・結語〕年少児で関節腫脹を認める場合にはJIAの鑑別が必須だと考えられた。文献的考察を加えて報告する。

## 8. 退形成性上衣腫の多発転移に急性リンパ性白血病を合併した女児例

(<sup>1</sup>卒後臨床研修センター,<sup>2</sup>小児科,<sup>3</sup>脳神経外科)

○岡野まり子<sup>1</sup>・◎金子裕貴<sup>2</sup>・

鶴田敏久<sup>2</sup>・千葉幸英<sup>2</sup>・木原祐希<sup>2</sup>・

藍原康雄<sup>3</sup>・林 基弘<sup>3</sup>・川俣貴一<sup>3</sup>・永田 智<sup>2</sup>

〔はじめに〕長期に及ぶ脳腫瘍の治療中に急性リンパ性白血病を併発した例に対して、Gamma Knife<sup>®</sup>治療にて脳腫瘍をコントロールしつつ、白血病の治療を完遂した小児例を経験したので報告する。〔症例〕10歳女子。3歳時に小脳部退形成性上衣腫を発症した。全脳全脊椎照射(CSI) 30Gyを含めた放射線治療と、エトポシドを含む化学療法が施行されたが、再発と治療を繰り返し、頻回の腫瘍摘出術を繰り返していた。10歳時に、急性リンパ性白血病(初発時白血球数63,000/ $\mu$ L、芽球97%、B前駆細胞性、CRLF2+)を発症した。CSIおよび化学療法後の発症で、初期ステロイド不応でもあり、マーカー的にも非常に予後不良群と考えられた。幸い二度の大量シタラビン療法により完全寛解が得られ、3回の強化療法の後、自己末梢血幹細胞移植術併用大量化学療法を施行し白血病治療は終了した。脳腫瘍に対しては、麻酔科によるデクスメトミジンをを用いた二度の非挿管による非侵襲的呼吸管理下でのGamma Knife<sup>®</sup>治療を行い、腫瘍量のコントロールを行った。〔考案〕本症例は脳腫瘍と白血病を合併した非常に高リスク例であり、当初、best supporting careを選択すべきという意見もあったが、治療継続のご家族の熱意は強かった。脳神経外科、小児科の連携に加え麻酔科、小児外科、輸血・細胞プロセッシング部、薬剤部の援助を得て白血病治療を完遂できた。このような高リスクの症例の治療では普段からの各部署との連携が重要であることを認識した。

## 9. 乳児期後期に進行を認めた出血後水頭症2例

(<sup>1</sup>卒後臨床研究センター,<sup>2</sup>小児科)

○森島直子<sup>1</sup>・◎佐藤友哉<sup>2</sup>・

竹下暁子<sup>2</sup>・平澤恭子<sup>2</sup>・永田 智<sup>2</sup>

極低出生体重児(VLBW)の救命率の改善の一方、軽微な発達障害の合併の増加などの問題も提起され、VLBWの“後遺症なき生存”には多くの課題がある。その中でも脳室内出血(IVH)は発達予後を左右する合併症であり、その後の水頭症(HC)に対する介入は予後の改善に重要である。今回我々はNICU退院後6か月以降にHCの特徴的な症状は呈さずに脳室拡大の進行を認め、外科手術を要した例を経験したので報告する。〔症例1〕24週6日973g、日齢2に左側IVH、日齢14にHCを発症し、日齢14から68までアセタゾラミドで治療さ

れた。修正1歳半時、痙性四肢麻痺やてんかん出現を認め、MRIで脳室の拡大の進行が確認され、直ちに外科手術が施行された。術後発達の促進やてんかん発作の改善が認められた。〔症例2〕26週5日665g双胎第2子、日齢3に両側IVH、日齢16にHCを発症し、日齢19から123までアセタゾラミドで治療された。乳児期早期より発達の遅れを認め、修正10か月時のMRIで脳室の拡大の進行などを認め、外科手術が必要と判断され、現在待機中である。〔考察〕出血後HCでは、急性期以降に治療を要することはまれである。上述の2例とも退院後明らかな頭蓋内圧亢進症状はなかったが、経過観察のMRIでHCの悪化を認めた。術後症例1では、児の反応性の改善や発達の促進を認めた。半年以上経過した後でもHCの進行を念頭にしたフォローアップが必要である。〔結論〕出血後HCを来したVLBWは乳児期後半以降もHCの進行がありうる。

## 10. ニボルマブ関連大腸炎に対してステロイドが有効であった転移性腎細胞癌の1例

(東医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター,<sup>2</sup>泌尿器科) ○木下翔太郎<sup>1</sup>・◎近藤恒徳<sup>2</sup>

〔緒言〕免疫チェックポイント阻害剤であるニボルマブが、2016年8月より腎細胞癌に対して保険適用となった。これまでの抗悪性腫瘍薬とは異なる作用機序の薬剤として注目を集めている一方、免疫関連の特有の有害事象も報告されている。今回我々はステロイドが有効であったニボルマブ関連大腸炎の症例を経験したので報告する。〔症例〕71歳女性、1989年左腎癌にて根治的左腎摘除術を施行した。2009年8月に肺転移を認め腹腔鏡下右中葉部分切除術施行、2012年2月に右副腎転移が出現し腹腔鏡下副腎部分切除術施行、2013年10月に再度肺転移を認め腹腔鏡下右上部部分切除術施行。2015年5月より肺転移の増大に対しソラフェニブ投与(17.5か月)を行ったが、嘔気強くなり2016年11月に中止した。しかし、副腎・肺転移増悪のため2017年3月より2週間毎にニボルマブの投与を開始した。7クール終了後のCT評価では標的病変が右副腎で46%減少、右肺下葉で33%減少と部分奏功であった。10クール投与後7日目より発熱とGrade3の下痢がみられ入院となったが、絶食補液による加療で一時軽快していた。退院翌日より39.7℃の発熱、食後の嘔吐・下痢が出現し、収縮期血圧の60台への低下を認めたため緊急入院となった。感染性腸炎・薬剤性腸炎・虚血性腸炎・炎症性腸疾患が否定的であり、CT上で腸管壁の肥厚も認められることからニボルマブ関連大腸炎として矛盾のない所見であり、ニボルマブの投与を中止し、プレドニゾン2.5mg/kg/日の投与を開始した。投与開始後から全身状態は改善傾向となり、プレドニゾンは漸減した。入院後第22病日で症状改善し退院となり、現在外来にてフォロー中である。